

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1939

THÈSE

No

1586

Pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

Par

ROBERT PATIN

Externe des Hôpitaux de Paris

4 Juin 1913 — TOURS

---

A propos d'un abcès putride  
dans un poumon collabé  
par pneumothorax artificiel

---

*Président : M. le Professeur BAUDOUIN*

*Membre de l'Académie de Médecine*

*Professeur de pathologie et thérapeutique générales à la Faculté*

*Médecin de l'Hôtel-Dieu*

*Officier de la Légion d'Honneur*

---

NANTES

IMPRIMERIE ARMORICAINE

12, Rue Félibien

---

1939







FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1939

THÈSE

No

Pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

Par

ROBERT PATIN

Externe des Hôpitaux de Paris

4 Juin 1913 — TOURS

---

A propos d'un abcès putride  
dans un poumon collabé  
par pneumothorax artificiel

---

*Président : M. le Professeur BAUDOUIN*

*Membre de l'Académie de Médecine*

*Professeur de pathologie et thérapeutique générales à la Faculté*

*Médecin de l'Hôtel-Dieu*

*Officier de la Légion d'Honneur*

---

NANTES

IMPRIMERIE ARMORICAINE

12, Rue Félibien

---

1939



A MES GRAND'MÈRES

Témoignage de ma profonde  
affection.

A MA MÈRE

A MON BEAU-PÈRE

Avec toute ma reconnaissance et  
ma très grande affection.

A MA SŒUR

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS



A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAUDOUIN

*Membre de l'Académie de Médecine*  
*Professeur de pathologie et thérapeutique générales à la Faculté*  
*Médecin de l'Hôtel-Dieu*  
*Officier de la Légion d'Honneur*

Hommage de notre respectueuse  
gratitude pour le grand honneur  
qu'il nous a fait en acceptant la  
présidence de cette thèse.

A NOTRE JURY



**AU DOCTEUR PAUL VÉRAN**

*Ancien Interne des Hôpitaux de Paris,  
Ancien Chef de Clinique de la Faculté de Médecine de Paris,  
Médecin des Hôpitaux,  
Professeur suppléant à l'Ecole de Médecine de Nantes*

Qui, lors de notre peloton d'E.O.R.  
au début de la guerre, nous a  
inspiré le sujet de cette thèse, et  
nous a assisté de ses conseils.  
Qu'il nous soit permis de lui  
témoigner ici toute notre grati-  
tude et notre profonde reconnais-  
sance.

A MES MAÎTRES DES HÔPITAUX DE PARIS

AU DOCTEUR MATHIEU-PIERRE WEIL

*Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine*

AU PROFESSEUR FERNAND BEZANÇON

*Professeur agrégé de Clinique de Tuberculose à la Faculté,  
Médecin des Hôpitaux,  
Membre de l'Académie de Médecine*

AU DOCTEUR MADAME TH. BERTRAND-FONTAINE

*Médecin des Hôpitaux*

AU DOCTEUR CH. E. FLANDIN

*Médecin de l'Hôpital Saint-Louis*

En témoignage de notre profonde  
gratitude pour leur enseignement  
et l'accueil bienveillant que nous  
avons toujours trouvé auprès  
d'eux pendant nos années d'ex-  
ternat.

## A MES MAITRES DES HOPITAUX DE TOURS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR P. GUILLAUME-LOUIS

*Directeur de l'Ecole de Médecine et de Pharmacie de Tours,  
Chirurgien de l'Hôpital Général,  
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris*

Toute notre reconnaissance pour  
les conseils qu'ils nous ont pro-  
digués.

AU DOCTEUR DANIEL GAUDEAU

*Professeur de l'Ecole de Médecine,  
Médecin de l'Hôpital Général et de l'Asile St-Gratien de Clocheville,  
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris,  
Ancien Chef de Clinique à la Faculté*

En remerciement de l'attention  
bienveillante qu'il a toujours  
montrée à notre égard, tant au  
cours de nos études qu'en multi-  
ples circonstances.

AU DOCTEUR EDOUARD HUC

*Professeur à l'Ecole de Médecine,  
Chirurgien de l'Hôpital Général,  
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris,  
Ancien Chef de Clinique à la Faculté*

Qui fut notre premier Maître dans  
les Hôpitaux, l'assurance de notre  
profonde reconnaissance.

Aux Docteurs :

CHEVÉ, BOUDOUY, MÉNAGÉ, PARISOT, ANTOINE VIALLE.

A mes Amis et Cousins :

LES DOCTEURS PIERRE VIALLE, R. ARNAUD, RAYMOND  
et MAURICE BOISRAMÉ.

*Professeurs à l'Ecole de Médecine*



## PRÉAMBULE

*Les rapports de la tuberculose et des abcès putrides ou gangréneux du poumon sont maintenant bien connus, et des faits nombreux ont permis d'envisager la question de divers points de vue, particulièrement grâce aux travaux des auteurs français : BEZANÇON, SERGENT, RIST, LEMIERRE, R. MONOD, L. KINDBERG, et leurs élèves. En Amérique, GRAHAM ; en Angleterre, TUDOR EDWARD et ROBERTSON MARSHALL, ont également rapporté de multiples cas où ces deux maladies se trouvaient associées.*

*Il n'y aurait point d'intérêt à verser au dossier de ce chapitre de pathologie un cas nouveau, s'il ne s'agissait ici d'un exemple que nous croyons unique, dans la littérature française et étrangère, d'abcès putride du poumon développé au sein d'un moignon de pneumothorax artificiel.*

*L'existence même du pneumothorax, jadis proposé comme traitement des abcès pulmonaires, s'est révélée ici comme une véritable complication, comme une entrave à la thérapeutique chirurgicale qui est seule véritablement curatrice.*

*C'est dire que cette observation permet de discuter du rôle du pneumothorax dans l'abcès du poumon. D'autre part la suppuration gangréneuse s'est développée au sein d'un poumon antérieurement collabé pour de graves lésions pulmonaires, qui demeurèrent guéries pendant 18 mois, guérison témoignant ainsi de l'excellent résultat que l'on peut obtenir par le collapsus dans la tuberculose.*

*Avant d'exposer cette observation, qu'il nous soit permis de remarquer qu'elle est enore un exemple exceptionnellement rare de pneumopathie aiguë développée dans un moignon de pneumothorax.*

*Tous les phthisiologues sont d'accord pour admettre la rareté des bronchopneumopathies aiguës saisonnières chez les tuberculeux traités par la méthode de FORLANINI. Tout se passe comme si le pneumothorax artificiel conférait au poumon sous jacent une certaine immunité vis-à-vis des infections aiguës à germes banaux (VÉRAN) et l'exemple de notre malade est peut-être, de ce point de vue, l'exception qui confirme la règle.*



CLICHÉ I

Image hydro-aérique de l'abcès putride, à la base du poumon gauche  
Moignon pulmonaire partiellement immergé dans un épanchement réactionnel



## OBSERVATION

M<sup>lle</sup> X..., 25 ans, consulte le Professeur VÉRAN (Nantes), pour la première fois le 18 Novembre 1932. Elle est atteinte de tuberculose du poumon gauche, dont le début apparent par une hémoptysie bacillifère remonte, semble-t-il, à juin 1927. Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis cinq ans, M<sup>lle</sup> X... n'a suivi aucun traitement utile, bien qu'il eut été indiqué de tenter un pneumothorax artificiel sur la lésion cavitare bien visible sur un cliché pris le 16 novembre 1928.

Le 18 novembre 1932, il existe une cavité sous-hilaire gauche du volume d'une petite noix ; plus bas, d'autres lésions cavernuleuses et, vers le sommet du poumon, des condensations assez floues. Le poumon droit est à peu près indemne. L'état général est bon, il n'y a pas de fièvre, mais dans les crachats, l'on trouve des bacilles de Koch.

Un pneumothorax artificiel gauche est institué le 10 décembre 1932. Il est aisément entretenu en pression négative et le décollement est quasi-total.

Bientôt deviennent visibles deux fines adhérences postéro-externes qui s'étirent rapidement et n'empêchent pas la stérilisation des crachats. A dater de mai 1933, les bacilloscopies pratiquées tous les deux mois sont négatives.

Malgré l'apparente guérison, une section de brides est pratiquée pour supprimer les adhérences qui tiraillent sur le moignon pulmonaire et peuvent empêcher une cicatrisation durable. Trois brides longues et fines sont sectionnées sans incident le 7 novembre 1935. Suites opératoires normales, pas de réaction liquidienne. Le pneumothorax continue d'être entretenu sans incident et la malade va très bien.

On envisage, pour l'hiver suivant, l'abandon du pneumothorax, lorsque le 1<sup>er</sup> mai 1936, M<sup>lle</sup> X... est prise tout à coup de fièvre à 40°, de frisson solennel, de dyspnée et le lendemain la

malade rejette une expectoration horriblement fétide. Pendant huit jours, la température oscille entre 39° et 40°5, l'état général s'altère rapidement, il existe dans la plèvre, pour la première fois, un épanchement qui monte jusqu'à mi-hauteur du thorax et recouvre le moignon pulmonaire visible par transparence et uniformément sombre. La malade est examinée par le Docteur BERNOU qui, le 10 mai, aperçoit à travers le liquide pleural, en positions obliques postérieures droite et gauche, une zone claire difficilement visible, surmontant un niveau liquide horizontal.

Le 13 mai, l'image hydro-aérique, est devenue très nette ; elle siège à la hauteur du neuvième espace inter-costal en arrière et a la dimension d'une mandarine ; elle est profonde, sous-hilaire, juxta-vertébrale. (Cliché 1)

L'exploration de la plèvre au trocart à la hauteur de l'abcès, en avant dans l'aisselle et sur la ligne axillaire postérieure, prouve que le moignon pulmonaire baigne dans du liquide citrin. La plèvre n'est nulle part symphysée. Le liquide ne contient pas de bacilles de Koch mais simplement de rares lymphocytes, quelques cellules endothéliales, quelques hématies ; il ne tuberculisera pas le cobaye. Sa présence rend malheureusement impossible la pneumotomie. Les vomiques horriblement fétides sont très abondantes (300 à 400 cc de pus par jour). L'expectoration ne contient pas de bacilles de Koch, mais une flore complexe, type Veillon, poussant en anaérobiose, des bacilles fusiformes et des spirilles.

L'abcès n'étant pas accessible chirurgicalement, on se contente d'un traitement médical : injections intra-veineuses d'alcool, aspirations du pus sous bronchoscopies et lavages de la cavité sphacélique à l'huile goménolée, cette thérapeutique ne contribuant que faiblement à la diminution de la suppuration, à la chute de la fièvre, à l'amélioration de l'état général.

A partir du 15 juin 1936, un mieux-être se confirme de toutes parts, la température devient presque normale, remontant de temps à autre en un crochet qui décèle une rétention de pus, l'état général devient meilleur ; les crachats ne contiennent toujours pas de bacilles de Koch.

En juillet 1936, on pratique encore, sous bronchoscopies, cinq aspirations suivies de lavages à l'huile goménolée. Quatre fois par jour la cure de drainage en position déclive vide l'abcès et ramène de très abondantes mucosités mais peu de pus. Pas de

bacilles dans les crachats. Un cobaye inoculé le 11 mai et sacrifié le 1<sup>er</sup> juillet, n'est pas tuberculisé.

Depuis le début de cet abcès putride, on n'a pas insufflé la plèvre dans l'espoir qu'elle se symphyserait et qu'une pneumotomie deviendrait possible, mais la symphyse ne s'amorce pas et l'exploration réitérée de la plèvre au trocart prouve qu'elle contient toujours un peu de liquide tout autour de l'abcès et jusqu'au diaphragme.

Pendant l'été 1936, bien que la température demeure subfébrile, l'expectoration diminue encore, l'état général devient excellent, il n'y a toujours pas de bacilles de Koch dans les crachats.

Le 16 Septembre 1936, l'abcès, qui a considérablement diminué de volume, n'est plus que du volume d'une noisette, la base pulmonaire est symphysée, la malade a engraisé de plusieurs kilogs et ne crache presque plus. On insiste pour pratiquer sans retard une pneumotomie, n'ayant aucune illusion sur la chronicité de l'abcès et sur tout ce qu'elle comporte de menaces : nouvelles poussées de sphacèle, nouvelle poussée de tuberculose pulmonaire. La malade se refuse à toute intervention.

Pendant l'hiver 1936-1937, l'état de M<sup>lle</sup> X... s'améliore un peu, il n'y a toujours pas de bacilles dans les crachats. Un cobaye inoculé le 30 novembre 1936 et sacrifié le 20 janvier suivant, n'est pas tuberculisé.

En décembre 1936, des injections intra-veineuses de benzoate de soude à doses saturatives sont fort mal supportées et demeurent sans effet. De décembre 1936 à juin 1937, M<sup>lle</sup> X... est perdue de vue.

Le 11 juin 1937, l'abcès n'est plus visible à la radioscopie. Malgré les cures quotidiennes de déclivité, la malade reste parfois huit à dix jours sans expectorer. Pas de bacilles dans les crachats.

Le 25 octobre 1937, M<sup>lle</sup> X... est reprise de dyspnée, de fièvre, d'expectorations purulentes abondantes ; l'état général s'altère vite et profondément. Sur les clichés il n'y a plus trace de pneumothorax. L'abcès sous-hilaire a de nouveau augmenté de volume, il est largement visible avec son niveau liquide horizontal et, au-dessus, l'on distingue particulièrement bien sur les clichés de profil, des images cavitaires situées dans la région sus-

hilaire gauche. La présence de bacilles de Koch dans les crachats fait rattacher ces images à une récédive de tuberculose pulmonaire (cliché II). La fièvre est élevée, l'expectoration n'est putride que par éclipses. Dans l'épisode suppuratif actuel, la tuberculose semble malheureusement tenir une place importante. La malade a de nouveau des vomiques, de la toux émétisante, une fièvre largement oscillante. Malgré le caractère évolutif de cet ensemencement tuberculeux excavant le lobe supérieur gauche, la pneumotomie, imposée par le réveil aigu de la suppuration du lobe inférieur, est pratiquée par le Docteur Robert MONOD, d'accord avec le Docteur Edouard RIST.

Le 2 décembre 1937, taille d'un lambeau à charnière externe. Résection des 7<sup>e</sup> et 8<sup>e</sup> côtes sur une longueur de 8 centimètres. Ablation des muscles et des pédicules intercostaux, iodage de la plèvre. Mise en place d'un repère. Le deuxième temps a lieu dix jours plus tard. On trouve la plèvre symphysée. On l'incise et l'on pénètre dans le poumon au bistouri électrique. Repérage de l'abcès à l'aide d'une ponction à l'aiguille qui ramène du pus. La pneumotomie est prolongée dans le sens de l'aiguille. Ouverture de l'abcès qui contient du pus malodorant. Sifflement caractéristique de l'air qui pénètre dans la bronche de drainage qui s'ouvre dans la cavité. Tamponnement. Pulvérisations biquotidiennes au liquide de Dakin.

L'intervention est suivie d'une baisse progressive de la fièvre. L'expectoration se tarit. L'état général de la malade s'améliore au point que l'on envisage de faire une thoracoplastie. Mais durant les mois qui suivent, les lésions tuberculeuses donnent des signes d'activité croissante. Elles seront désormais seules responsables de l'altération rapide de l'état général.

Malgré un parfait drainage de l'abcès, la fièvre oscille de 37°5 à 38°5 durant des mois ; les crachats purulents sont constamment bacillifères ; la malade perd dix kilos de mars à septembre 1938. L'extension progressive des lésions cavitaires apparaît sur les clichés du 8 mars et du 30 septembre. Le caractère évolutif et fébrile des lésions tuberculeuses, l'altération profonde de l'état général, ne permettent pas d'entreprendre une thoracoplastie.

En résumé :

Une jeune fille de 28 ans est atteinte de tuberculose pulmo-

naire bacillifère excavée du lobe inférieur gauche, non traitée pendant cinq ans. Un pneumothorax artificiel, idéalisé par une section de brides, permet, sans incident, une guérison parfaite avec nettoyage radiologique et stérilisation des crachats vérifiés à maintes reprises pendant trois ans (bacilloscopies, inoculations répétées au cobaye).

Brutalement éclate dans le moignon pulmonaire guéri, à la place des anciennes lésions tuberculeuses, un abcès putride aigu, d'allure grave. Le développement immédiat d'un épanchement réactionnel noyant le moignon éloigné de toutes parts de la paroi thoracique, rend impossible la pneumotomie. Lentement et peut-être sous l'influence du postural drainage, de lavages répétés de la poche sphacélique sous bronchoscopies, d'injections intra-veineuses de benzoate de soude, la suppuration diminue, les signes fonctionnels et généraux régressent, sans que disparaisse l'image hydro-aérique profondément située au-dessous et en arrière du hile. De très nombreuses bacilloscopies et inoculations au cobaye demeurent négatives pendant dix-sept mois.

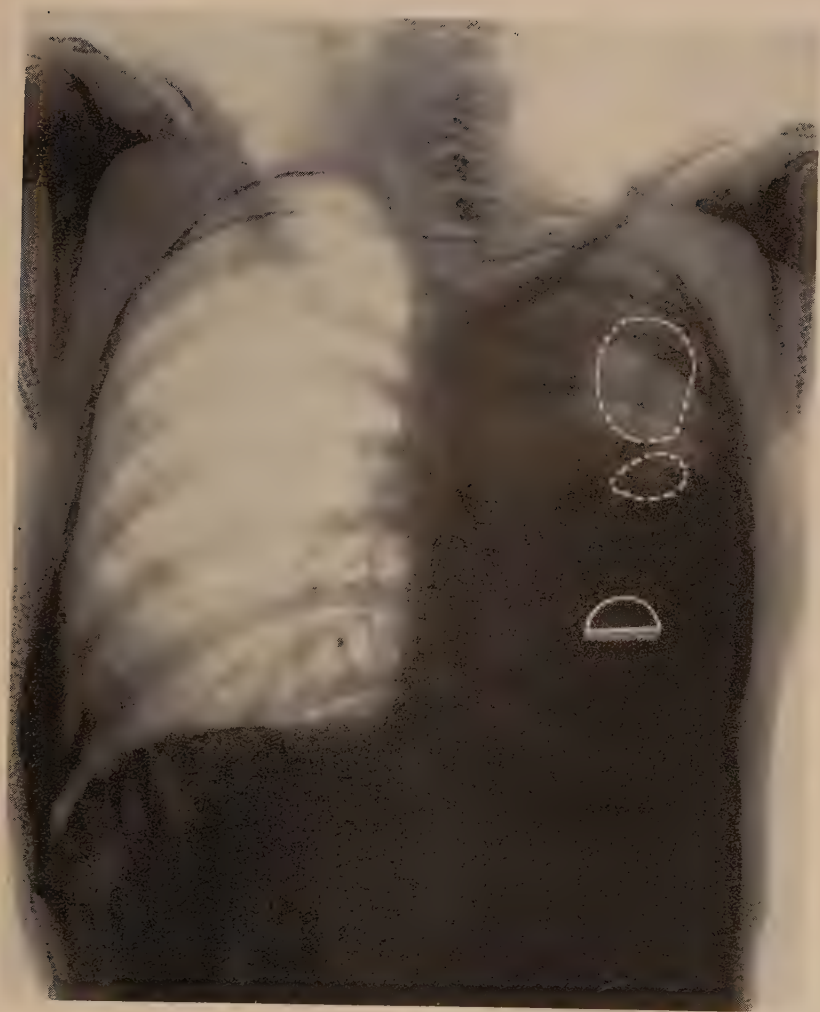
L'épanchement réactionnel s'étant résorbé en quatorze mois, nous implorons la malade qui demeure guérie de la tuberculose, d'accepter la pneumotomie, mais nous nous heurtons à un refus formel.

Un an et demi après le début de l'abcès, se développe parallèlement et de façon aiguë, une nouvelle poussée suppurative et gangréneuse et une rechute de la tuberculose qui excave rapidement le lobe supérieur du poumon. La gravité de l'infection putride oblige à pratiquer, malgré le réveil de la tuberculose évolutive, une pneumotomie.

La large et profonde plaie pulmonaire se limite au bout de quelques mois, à une étroite fistule broncho-cutanée et la tuberculose évolue sans rémission, l'altération grave de l'état général, la fièvre élevée, ne permettant pas de tenter une thoracoplastie totale.

Ces faits appellent quelques réflexions.





CLICHÉ II

Au bas de l'hemi-thorax gauche, image hydro-aérique de l'abcès  
Dans la 1/2 supérieur, spélonque tuberculeuse



## RÉFLEXIONS CONCERNANT QUELQUES FAITS PARTICULIERS A CETTE OBSERVATION

### **Epanchement pleural**

Il est intéressant de remarquer qu'un épanchement pleural réactionnel de voisinage s'est développé presque en même temps que l'abcès du poumon, lors de son début vraiment suraigu.

En 24 heures, le moignon assez fortement collabé et entièrement libre de toutes adhérences, puisque les brides furent sectionnées sous pleuroscopie, s'est trouvé noyé dans un épanchement qui remontait à mi-hauteur du thorax. A la radioscopie et sur les clichés, le moignon pulmonaire considérablement obscurci était visible sous la forme d'une masse sombre discernable par transparence à travers la grisaille du liquide.

L'exploration de la plèvre, à l'aiguille de Kuss, confirmait que le liquide entourait entièrement le poumon. Le liquide citrin, ramené par ponction et examiné à maintes reprises par le Professeur BAILLET (Ecole de Médecine de Nantes) contenait : de très rares cellules, quelques lymphocytes, quelques hématies. On n'y trouvait pas de bacilles de Koch, et aucun des cobayes inoculés au cours des ponctions successives ne furent tuberculisés ; les inoculations ayant été pratiquées, à la fois par voie sous-cutanée, et dans les ganglions de la base du cou du cobaye, selon la méthode de Camillo NINNI, de Naples.

On ne pouvait que se réjouir de la non tuberculisation de la plèvre même au bout de plusieurs mois, chez cette malade, ancienne tuberculeuse grave, guérie par pneumothorax artificiel.

## Inefficacité du traitement non-chirurgical de l'abcès

Les cliniciens auxquels il est donné d'observer fréquemment des abcès du poumon, semblent être d'accord aujourd'hui pour penser que le traitement chirurgical d'un abcès collecté avec image radiologique hydro-aérique et suppuration putride doit être mis en œuvre le plus tôt possible.

Le délai de 6 à 8 semaines, qui avait été proposé il y a peu d'années par le Professeur SERGENT, semble actuellement un peu trop théorique ; et l'intervention chirurgicale, dont le résultat en pareil cas semble très satisfaisant, doit être mise en œuvre sans s'attarder aux thérapeutiques médicales fertiles en déceptions.

C'est pourtant à elles que l'on a dû s'adresser dans notre cas, pendant plusieurs mois, du fait de l'existence d'un épanchement qui empêchait la pleurotomie.

La bronchoscopie, qui montrait une large poche tomenteuse et sphacélique, fut suivie d'aspirations et de lavages à l'huile goménolée. L'enthousiasme des premiers expérimentateurs de cette méthode est aujourd'hui assez refroidi. Si la bronchoscopie est encore utile dans les abcès bronchectasiques à petites cavités juxtaposées, difficilement opérables, elle est peu efficace dans ces grands abcès qu'il faut au plus vite livrer au chirurgien.

Chez notre malade les bronchoscopies semblent avoir été inopérantes.

Les injections intra-veineuses d'alcool, dont il fut fait une trentaine à notre malade, ne furent pas non plus d'une évidente efficacité. Celles de benzoate de soude, suivant la méthode de GOLDKORN furent, comme il arrive fréquemment, suivies de vomissements, de douleurs digestives et leur désagrément n'eut d'égal que leur inutilité.

C'est le postural drainage, appliqué dans le décubitus latéral gauche, tête basse, durant 1/2 heure et 3 fois par jour, qui parut, chez notre malade, vider le plus complètement l'abcès de son pus, et aider à la chute de la fièvre.

L'échec de cette thérapeutique médicale n'était pas fait pour nous surprendre, et notre observation n'est qu'une nouvelle

preuve, bien qu'il n'en soit plus besoin désormais, de la nécessité d'opérer au plus tôt un abcès du poumon collecté.

### **Maintien de la guérison de la tuberculose, pendant dix-sept mois, malgré la suppuration in-situ**

Le fait énoncé dans ce titre mérite d'être retenu, puisqu'il apporte une preuve nouvelle de l'excellence des cicatrisations d'ulcérations tuberculeuses par le pneumothorax.

Chez cette jeune fille qui fut porteuse, pendant trois ans, de deux cavernes tuberculeuses bacillifères, le pneumothorax avait amené un nettoyage radiologique complet, et le retour d'une transparence parfaite du poumon. On pouvait craindre que le développement d'un grand abcès putride, très suppuratif, dans la zone antérieurement tuberculeuse (partie juxta-hilaire du lobe inférieur gauche) ne provoquât rapidement un réveil de la tuberculose in-situ.

Pendant dix-sept mois, il n'en fût rien. De très nombreuses bacilloscopies et plusieurs inoculations aux cobayes demeurèrent négatives.

Les travaux de TRIPIER, de Lyon, de ROLLAND, de ROUBIER et DOUBROW, de NAGEOTTE, ont prouvé la possibilité d'une guérison anatomique complète des lésions sous pneumothorax. Ces auteurs ont montré sous leurs coupes l'extinction anatomique des lésions bacillaires, l'atrophie bronchique, l'involution cicatricielle de la substance conjonctive et de tous les éléments du poumon. Et on peut penser que chez notre malade, le collapsus avait amené une guérison de cet ordre ; mais il fallait qu'elle fut particulièrement solide pour résister pendant si longtemps au travail destructeur des anaérobies.

### **Rôle néfaste du pneumothorax sur l'abcès développé dans un moignon collabé**

Le temps n'est pas loin où des cliniciens français et étrangers créaient des pneumothorax artificiels sur des abcès du poumon.

Après quelques déboires tragiques, illustrés par le développement de pleurésies putrides catastrophiques ; après des déceptions moins cuisantes, mais non moins complètes, dues à l'inefficacité du pneumothorax, cette méthode fut non seulement abandonnée par presque tous, mais encore condamnée par beaucoup. JACQUELIN, cependant, plaida récemment encore la cause du pneumothorax dans les abcès récents, bien limités, aux parois souples, situés profondément loin de la plèvre, pourvu que celle-ci soit encore libre. Cet auteur insistait même sur l'indication favorable que représente, en pareil cas, la possibilité de créer un pneumothorax en basse pression dans une plèvre qui se révèle précocement, à la radioscopie, libre de synéchies. A l'appui de cette assertion, JACQUELIN, a publié quelques radiographies de faits heureux.

Il faut bien avouer que notre malade se trouvait exactement dans la situation décrite par cet auteur, comme la meilleure pour le traitement d'un abcès du poulmon par le pneumothorax, et c'est justement parce qu'elle a eu un pneumothorax qu'elle n'a pas guéri de son abcès.

On peut objecter que la présence d'un épanchement réactionnel pouvait empêcher la mise au repos du poulmon par le pneumothorax. Mais cet argument n'est pas valable, car on observe couramment le rôle bienfaisant des pleurésies qui surviennent au cours du pneumothorax dans la tuberculose et permettent souvent une amélioration considérable du collapsus.

Le pneumothorax fut ici une entrave absolue à la pneumotomie. Durant des mois, nous fûmes hantés par le désir d'intervenir chirurgicalement sur la poche sphacélique inaccessible du fait de l'interposition de la poche d'air et du liquide. Il est à peu près certain que, si l'on avait pu relâcher tout de suite le pneumothorax, provoquer la symphyse pleurale, et mettre à plat la poche gangréneuse, la guérison serait survenue rapidement chez la malade, comme elle s'observe en général dans tout abcès opéré précocement et avec sagacité.

Nous allons jusqu'à penser que, lorsqu'un abcès aigu putride se développe dans un moignon collabé, il faut, si la plèvre est souple, si l'expansion pulmonaire est bonne, si la lésion tuberculeuse est guérie, relâcher le pneumothorax au plus vite, pratiquer des désinsufflations prudentes mais fréquemment répétées, et à ce prix s'efforcer d'obtenir le retour du poulmon à la paroi ; et bien-

tôt, après avoir provoqué la symphyse pleurale chirurgicale, faire une pleurotomie.

## **Influence réciproque qu'exercent l'un sur l'autre abcès du poumon et tuberculose**

Les rapports réciproques entre les abcès pulmonaires et la tuberculose ont été étudiés récemment par nombre d'auteurs, notamment par BEZANÇON, SERGENT, KINDBERG.

Pour BEZANÇON l'association est fréquente. Tantôt la tuberculose, méconnue, évolue sans signes cliniques et ne se traduit que par l'existence d'une expectoration transitoirement bacillifère, disparaissant avec la guérison de l'abcès. Tantôt au contraire la tuberculose pulmonaire cliniquement évolutive se greffe au niveau du territoire de l'abcès, intriquant ses poussées avec celles de la suppuration ou leur succédant, soit à son niveau, soit en une autre région du champ pulmonaire.

Pour KINDBERG la tuberculose peut s'observer à la suite de toutes les suppurations pulmonaires aiguës à pyogène ou putrides, mais comme l'a dit SERGENT, en règle il s'agit de suppurations graves et prolongées.

Le plus souvent la tuberculose se développe au foyer même où l'abcès s'était manifesté. Et comme aucun signe clinique ne permet généralement de la soupçonner, il importe de pratiquer de nombreuses radiographies d'interprétation souvent délicate, et de répéter les examens des crachats.

Les auteurs estiment que l'expectoration bacillifère relève de deux facteurs : l'un d'ordre général, par modification du terrain et fléchissement de la résistance de l'organisme ; l'autre d'ordre local, par libération des bacilles de Koch, inclus dans les cicatrices tuberculeuses. Par suite de la marche nécosante et extensive de l'abcès, les bacilles peuvent ultérieurement commencer in-situ ou dans quelque autre zone du poumon.

Pour BEZANÇON l'existence des bacilles de Koch, dans bien des cas ne serait qu'un épiphénomène, pour lequel on peut parler de « bacilles de sortie ».

Dans notre observation, le réveil de la tuberculose, si tardif fût-il, paraissait inévitable par le double jeu des facteurs d'ordre local et général. Le rôle du facteur local paraît démontré par le développement de l'abcès juste à l'endroit où siégeaient antérieurement les cavernes. (Région sous-hilaire du lobe inférieur gauche). Le facteur général agissait ici par l'inévitable épuisement dû à une longue suppuration à poussées successives, et très hautement fébrile.

### Aspect clinique de la rechute de tuberculose pulmonaire

Il ne s'est pas agi d'une rechute bactériologique, de l'apparition de quelques bacilles dits « de sortie », mais d'une poussée aiguë ulcéralive, très évolutive, qui d'emblée fut grave, et ne cessa d'évoluer d'une façon continue.

Cette tuberculose, fait intéressant, ne se développa pas dans la région autrefois tuberculeuse, mais dans le lobe supérieur où l'on vit apparaître des ombres denses, tout autour d'une cavité grosse comme une noix. Il semble donc que l'on puisse invoquer ici le facteur d'ordre général plus que d'ordre local. Nous sommes d'accord avec SERGENT et BEZANÇON pour penser que la tuberculose évolue de façon d'autant plus rapide et plus grave que la suppuration est plus ancienne.

La coexistence de tuberculose et d'abcès du poumon place sur un plan nouveau la question de l'intervention chirurgicale. Il ne s'agit plus d'ouvrir un poumon qui suppure, mais un poumon qui est aussi tuberculeux. Et l'on conçoit que la décision doive entraîner les plus grandes hésitations.

A ce sujet BEZANÇON et SERGENT pensent que l'existence même des bacilles tuberculeux dans les crachats, en raison de la possibilité des germes de sortie, ne contr'indique pas l'intervention, à l'inverse des cas où une tuberculose évoluant cliniquement s'associe à l'abcès. LÉON KINDBERG ne se place pour juger que devant des cas particuliers.

Nous pensons qu'il y a là une question de dosage de prédominance de tuberculose ou de suppuration. Si la tuberculose

domine, si elle est très évolutive, très diffuse, et si l'abcès est torpide, peu ou pas fétide, il faut s'abstenir d'intervenir, car on risquerait par la pneumotomie, en tissu tuberculeux de provoquer une poussée granulique ou une bronchio-alvéolite. Si au contraire la suppuration putride prend le pas, et de loin, sur la tuberculose ; si par l'intensité du processus sphacélique, elle semble devoir mettre en péril, et à délai relativement bref, la vie du malade, on peut considérer que l'évolution de l'abcès force la main à une intervention par pneumotomie sur le foyer abcédé.

C'est ce qui s'est produit pour notre malade. A partir du moment où son pneumothorax s'est résorbé, où son abcès s'est réduit à une toute petite poche du volume d'une noisette, à suppuration très peu abondante et non fétide, toujours hanté par la double crainte d'une reprise de la suppuration et d'un réveil de la tuberculose, nous avons imploré cette malade de se laisser pneumotomiser. Son refus entêté l'a conduite à la poussée évolutive grave du lobe supérieur que nous avons exposée plus haut, et nous a placé devant l'angoissant dilemme : pratiquer une pneumotomie sur un poumon tuberculeux évolutif, ou s'en tenir à une abstention qui laissait évoluer un processus gangréneux rapidement mortel.

Nous avons cédé à la sollicitation opératoire. La fièvre et les signes généraux ont regressé immédiatement, et c'est ainsi que s'est posée, comme se pose alors en pareil cas, la question du traitement de la tuberculose après celui de l'abcès.

Chez notre malade l'unilatéralité des lésions nous a pendant quelques jours fait envisager l'éventualité d'une thoracoplastie. Le caractère fébrile évolutif de la rechute nous y a fait renoncer, car on sait le danger des résections costales dans la tuberculose fébrile évolutive.

Il eut fallu pratiquer une thoracoplastie de huit côtes, comportant aussi un désossement antérieur. Et chez cette malade au mauvais état général, à la suppuration pulmonaire à la fois putride et tuberculeuse, très abondante et fébrile, la thoracoplastie risquait d'être fatale.

Il n'est pas possible de donner des directives sur l'attitude médicale ou chirurgicale qui doit être prise dans les cas où la

tuberculose s'associe aux suppurations fétides du poumon. Il faut peser le pour et le contre ; s'abstenir ou intervenir selon que la tuberculose ou la suppuration prennent le pas. Il ne peut s'agir que de cas particuliers où le bon sens et la sagacité clinique sont seuls juges.

## CONCLUSIONS

1° Lorsqu'un abcès aigu putride du poumon se développe dans un moignon pulmonaire tuberculeux collabé par un pneumothorax artificiel, il faut considérer l'existence du pneumothorax comme une entrave au seul traitement vraiment efficace d'une suppuration pulmonaire collectée : la pleurotomie en plèvre symphysée.

2° Il convient, si c'est possible, d'assurer par des soustractions d'air prudentes et répétées le retour rapide du poumon à la paroi, si la guérison des lésions tuberculeuses, et leur aspect actuel, permettent de relâcher le collapsus sans risques graves.

3° La pneumotomie pratiquée le plus tôt possible est le seul traitement vraiment efficace des suppurations putrides bien collectées du poumon collabé ou non.

4° Toute attente prolongée risque, par le double jeu de facteurs d'ordre local et général, de laisser se réveiller la tuberculose pulmonaire, qui revêt en général une forme très évolutive.

5° Lorsque abcès et tuberculose évoluent parallèlement, c'est la prédominance de l'un ou de l'autre qui doit pousser ou retenir la main du chirurgien. La pneumotomie reste indiquée quand le sphacèle et la suppuration putride semblent mettre en danger imminent la vie du malade.



## BIBLIOGRAPHIE

- P. AMEUILLE - M<sup>me</sup> DUBOIS-VERLIÈRE et M. HERCELLES. — Episodes d'expectoration bacillifère dans les abcès du poumon (*Bulletins et mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris* - 52 : 1553-1556, 30 Novembre 1936).
- A. AXEBROD. — Différentiel diagnosis of pulmonary abscess bronchiectasis and pulmonary tuberculosis (M. Rec. et ann. 24 : 483, Février 1930).
- J. BARBIER et A. A. POLICARD. — Un nouveau cas de tuberculose pulmonaire dans les suites d'un abcès du poumon (*Lyon Médical*, 159 : 301-304, 14 Mars 1937).
- BARBIER - ROUX et MATHIEU. — Deux cas de bacillose pulmonaire tardive après guérison d'abcès du poumon (*Journal de Médecine de Lyon*, séance du 10 Décembre 1935 : 391-303, 20 Avril 1936).
- J. BARBIER et J. VIALIER. — Abcès du poumon et tuberculose (*Journal de Médecine de Lyon*, n° 416, 5 Mai 1937).
- J. BARBIER et VIALIER. — Un nouveau cas de tuberculose pulmonaire dans les suites éloignées d'un abcès du poumon (Société Médicale des Hôpitaux de Lyon, séance du 11 Février 1936, *Journal de Médecine de Lyon*, 391, 308, 20 Avril 1936).
- BARBIER et VIALIER. — Abcès putride du poumon avec bacilles de Koch. Guérison rapide avec drainage (S. M. H. Paris, 24 Avril 1936).
- N. BÉTHUNE. — Maggot and allantoin therapy in tuberculous suppurative lesions of lung and pleura report of 8 cases (J. Thoracic surg. 5 : 322-325, Février 1936).
- BEZANÇON, AZOULAY, BERNAL et BRUNET. — Abcès du poumon et tuberculose (*Bulletin Académie de Médecine*, 1938, N° 10).
- BUSCH. — Beitrag zur differentialdiagnose des fruhinfiltrates und zur frage der Behandlung eitriges lungeherde unt kunstlichem Pneumothorax (*Beitr. z. Klin. d. Tuberk.* 77 : 471-475, 1931).
- CHARBONNEL et MASSE. — Abcès collecté au sommet et tuberculose cavitaire (*Gazette hebdomadaire des Sciences Médicales* de Bordeaux, 31 Mai 1936).

- CHAROCOPOS. — Tuberculose pulmonaire consécutive à un abcès pulmonaire post-opératoire (*Bull. et Mém. S. M. H.*, Paris 1937, N° 27).
- COECKER. — Abcès tuberculeux du sommet consécutif au traitement de Friedmann (*Deutsche Medizinische Wochenschrift* - supplément deutsches tuberkulose Blatt, n° 6, 4 Juin 1937, p. 140).
- M. COFFIN et P. TRUFFERT. — Abcès et tuberculose pulmonaire (*Archives hospitalières*, n° 5, 1936).
- CORDIER. — Le bacille de Koch, microbe de sortie au cours des pneumopathies aiguës (*S. M. H. Lyon*, 30 octobre 1923).
- COURCOUX et LELONG. — Tuberculose et gangrène pulmonaires (*Rev. Tub.* 1923, n° 4).
- COUVE. — Les évolutions tuberculeuses au cours des suppurations pulmonaires (Thèse Paris 1933).
- CROIZIER. — Abcès du poumon et tuberculose (Société des Sciences Médicales de la Loire, S. du 17 Juin 1936 - In la Loire Médicale, n° 11, Novembre 1936).
- CULTY et COUSTY. — A propos d'un cas d'abcès du poumon chez un ancien tuberculeux (Société de Médecine Militaire française, Séance du 14 Mai 1936, n° 5, Mai 1936).
- ROLAND DESMEULES. — Abcès et tuberculose pulmonaire (14<sup>e</sup> congrès de l'association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord - Montréal 7, 10 Septembre 1936 - In l'Union Médicale du Canada, n° 1, Janvier 1937).
- ROLAND DESMEULES. — Abcès et tuberculose pulmonaires (14<sup>e</sup> congrès de Médecine de langue française de l'Amérique du Nord - Montréal - *L'Union Médicale du Canada*, Janvier 1937, n° 7).
- M. DUBOIS-VERLIÈRE et M. O. HERCELLES. — Sur les différents modes d'association de l'abcès du poumon et de la tuberculose pulmonaire (*Revue de Médecine*, Paris, 54 : I-II, Janvier 1937).
- DUBOIS-VERLIÈRE et HERCELLES. — Sur les différents modes d'association de l'abcès du poumon et de la tuberculose pulmonaire (*Revue de Médecine*, Janvier 1937).
- F. DE ELIZALDE et F. E. WHITE. — Tuberculosis y abscessos del pulmón en el lactante (*Archiv. Argent. de pediatr* 4 : 738-752, Octobre 1933).
- E. E. GLENN. — Lung abscess its differentiation from pulmonary tuberculosis (*J. Missouri M. A.* 26 : 324-327, July 1929).
- E. A. GRAHAM - J. J. SINGER. — Three cases of resection of calcified pulmonary abscess (or tuberculosis) - (*J. Thoracic surg.* 6 : 173-183, Décembre 1936).

- R. A. IZZO - J. B. FERRADAS. — Abscesso y tuberculosis de pulmon (Semana Med. 2 : 1354-1358, 7 Novembre 1935).
- JACQUELIN. — Sur la curabilité des suppurations putrides du poumon. Utilité du pneumothorax artificiel dans le traitement précoce de ces suppurations (*Bull. et Mém. de la S. M. H. Paris*, 15 Mai 1931).
- JACQUELIN et ALLANIC. — Le pneumothorax artificiel dans le traitement des abcès et des gangrènes pulmonaires (*Le documentaire médical*, Décembre 1935).
- A. JACQUELIN et A. BAUDOUIN. — Les formes pseudo-tuberculeuses des abcès du poumon (*Bulletin médical* 28 Décembre 1936).
- JACQUELIN - M. PERRAULT et I. GORSE. — Les méthodes collapsothérapiques dans le traitement des abcès gangréneux du poumon (XXII<sup>e</sup> congrès de Médecine Paris 1932).
- A. JOANNETTE. — Notes sur deux évolutions d'abcès pulmonaires en milieu sanatorial (*Journal des Praticiens* n° 10, 6 Mars 1937).
- Michel Léon KINDBERG. — Abcès du poumon et tuberculose (*La pratique médicale Française* n° 6, Avril 1934).
- Léon KINDBERG et H. BLINDER. — Tuberculose consécutive à une suppuration pulmonaire (*Bull. Mém. soc. méd. des Hôp. de Paris*, n° 4, 10 Février 1936).
- KINDBERG et ISRAËL. — Suppurations pulmonaires et tuberculoses (*Annales de Médecine* Janvier 1937, n° 41).
- G. LAPLANCHE. — Abcès du poumon et tuberculose (Thèse de Paris 1937 - Imprimerie des Orphelins-Apprentis, Tarbes, 1937).
- LEMIERRE. — Leçons cliniques sur les maladies infectieuses (Masson).
- A. LEMIERRE et M. Léon KINDBERG. — Etude sur la gangrène pulmonaire. (*Annales médicales* 1924, n° 3).
- J. LOUBEYRE - Fr. POROT et DESTAING. — Abcès du poumon, tuberculose pulmonaire, abcès cérébraux métastatiques (Société de Médecine d'Alger, S. 23 Avril 1937 - In l'Algérie Médicale, Novembre 1937).
- J. LOUBEYRE et PAYAN. — Abcès du poumon et tuberculose pulmonaire (Société de Médecine d'Alger, S. de février 1937 - In l'Algérie Médicale n° 3, Mars 1937).
- R. MONOD et L. KINDBERG. — Les abcès du poumon (Masson 1932).
- F. MURRAY. — Lung abscess and tuberculosis (*Am. Rev. tuberc.* 33 : 236-246, Février 1936).

- F. C. MC NAMARA. — Differential diagnosis of pulmonary tuberculosis, lung abscess and bronchiectasis (*J. Iowa M. Soc.* 20 : 421-425, Septembre 1930).
- PÉAN. — Tuberculose et abcès du poumon (*Bull. et Mém. S. M. H.* Paris 1938, n° 17).
- PIMIENTA. — Abcès putrides du poumon et réveils d'activité évolutive de la tuberculose pulmonaire (*Journal de médecine et de chirurgie pratique* 102 : 733-744, 25 Octobre 1931).
- A. A. RAIMONDI - R. SCARTASCINI et R. LATIENDA. — Absceso de pulmon y tuberculosis (*Rv. assoc. Méd. argent.* 50 : 1956-1974, Novembre 1936).
- G. A. RICE. — Bronchoscopy and differential diagnosis of tuberculosis lung abscess and bronchiectasis (*New England Journal Med.* 213 : 1173-1174, 12 Décembre 1935).
- RIST, R. MONOD et VÉRAN. — *Revue de la Tuberculose*, n° 4, Avril 1939.
- A. ROCA ESTEVES et A. ARTAGAVEYTIA. — Absceso y tuberculosis pulmonar asociados (*Rev. de tuberc. de Uruguay* 3 : 183-188, aug. 1933).
- R. SANCHEZ ACOSTA. — Absceso pulmonar asociado u una lesion tuberculosa en el curso de un pneumothorax (*Rev. Med. Cubana*, 46 : 1263-1270, Novembre 1935).
- E. SERGENT. — Suppuration pulmonaire et réveil de tuberculose (*Rev. gén. de clin. et de thérap.* 46 : 353-355, 28 Mai 1932).
- SERGENT. — Réactivation des foyers tuberculeux latents et bacilles de Koch de sorties (*Acad. Méd.* 31 Mai 1932).
- E. SERGENT - I. GASPARD et T. F. TSUI. — Suppuration putride du poumon et réveil de tuberculose pulmonaire (*Arch. Méd. Chir. de l'appareil respiratoire* 8 : 30-35, 1933).
- SERGENT et FOURESTIER. — Eclosion ou réveil de la tuberculose au cours des suppurations pulmonaires et pleurales (*Rev. de la Tub.* 1936, n° 6).
- SERGENT et FOURESTIER. — Suppurations pulmonaires ou pleurales et tuberculose (*Bull. Acad. de Méd.* 1938, n° 23).
- M. A. SOULAS. — Abcès pulmonaire aigu et tuberculose pulmonaire : remarques bronchoscopiques à propos de 4 cas (Société d'Oto-Laryng. de Lyon, S. du 9 Décembre 1935 - In C. R. *Les annales d'Oto-Laryng.*, n° 4, Avril 1936).
- A. SOULAS. — Remarques bronchoscopiques sur l'éclosion de la tuberculose pulmonaire au cours de l'évolution des abcès du poumon (Soc. Méd. de Sana. et dispens. d'hyg. sociale, 1 : 4, 10 Janvier 1936).

- TÊTE et CULTY. — Forme pseudo-tuberculeuse d'un abcès du poumon à son début (Société de Médecine Militaire française, Séance du 14 Mai 1936, n° 5, Mai 1936).
- TROISIER et DE SANCTIS-MONALDI. — Le bacille de Koch, virus de sortie (Académie de Médecine, 3 Mai 1932).
- G. VAJA. — Two cases of false-pulmonary, tuberculosis pulmonary, abscess and atypical pneumonia simulating tuberculosis (*Rev. San. Mil.* Bucuresti, 34 : 240-248, Avril 1935).
- P. VÉRAN. — Abcès putride dans un poumon collabé par pneumothorax artificiel (*Gazette médicale de France*, 15 Avril 1939).
- J. VIALE - J. B. TICINESE et R. I. LATIENDA. — Abscesso de pulmon tuberculosis (*Arch. de fisiol.* 13 : 154-169, Avril-June 1937).
- F. W. WITTICH. — Case reports; air embolism following attempted pneumothorax, pulmonary, abscess or advanced pulmonary tuberculosis primary lung cancer (*Journal lancet* 50 : 508-509, 15 Octobre 1930).
- P. ZOELCH. — Gleichzeitiges vorkommen von lungen - abszess und tuberkulöser infiltrierung (*Ztschr. f. Tuberk.* 74 : 170-178, 1935).



I. — PROFESSEURS

|                                                               |                   |
|---------------------------------------------------------------|-------------------|
|                                                               | MM.               |
| Anatomie . . . . .                                            | ROUVIÈRE          |
| Physiologie . . . . .                                         | Léon BINET        |
| Physique médicale . . . . .                                   | STROHL            |
| Chimie médicale . . . . .                                     | POLONOVSKI        |
| Bactériologie . . . . .                                       | Robert DEBRÉ      |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale . . . . .        | BRUMPT            |
| Pathologie et thérapeutique générales . . . . .               | BAUDOUIN          |
| Pathologie médicale . . . . .                                 | ABRAMI            |
| Pathologie chirurgicale . . . . .                             | MONDOR            |
| Anatomie pathologique . . . . .                               | LEROUX            |
| Histologie . . . . .                                          | CHAMPY            |
| Pharmacologie et matière médicale . . . . .                   | TIFFENEAU         |
| Thérapeutique . . . . .                                       | HARVIER           |
| Hygiène et médecine préventive . . . . .                      | TANON             |
| Médecine légale . . . . .                                     | BALTHAZARD        |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie . . . . .          | LAIGNEL-LEVASTINE |
| Pathologie expérimentale et comparée . . . . .                | FIESSINGER        |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie . . . . .            | CHIRAY            |
|                                                               | LOEPER            |
| Clinique médicale . . . . .                                   | CARNOT            |
|                                                               | CLERC             |
|                                                               | Marcel LABBÉ      |
| Hygiène et clinique de la première enfance . . . . .          | LEREBoullet       |
| Clinique des maladies des enfants . . . . .                   | NOBÉCOURT         |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale | H. CLAUDE         |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques . . . . .     | GOUGEROT          |
| Clinique des maladies du système nerveux . . . . .            | GUILLAIN          |
| Clinique des maladies infectieuses . . . . .                  | LEMIERRE          |
|                                                               | CUNEO             |
| Clinique chirurgicale . . . . .                               | GOSSET            |
|                                                               | GRÉGOIRE          |
|                                                               | LENORMANT         |
| Clinique ophtalmologique . . . . .                            | TERRIEN           |
| Clinique urologique . . . . .                                 | CHEVASSU          |
|                                                               | COUVELAIRE        |
| Clinique d'accouchements . . . . .                            | JEANNIN           |
|                                                               | LÉVY-SOLAL        |
| Clinique gynécologique . . . . .                              | MOCQUOT           |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie . . . . .       | OMBRÉDANNE        |
| Clinique thérapeutique médicale . . . . .                     | RATHERY           |
| Clinique oto-rhino-laryngologique . . . . .                   | LEMAITRE          |
| Clinique thérapeutique chirurgicale . . . . .                 | Pierre DUVAL      |
| Clinique propédeutique . . . . .                              | M. VILLARET       |
| Clinique de la Tuberculose . . . . .                          | TROISIER          |
| Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte . . . . .      | MATHIEU           |
| Clinique de cardiologie . . . . .                             | LAUBRY            |
| Clinique de neuro-chirurgie . . . . .                         | Clovis VINCENT    |
| Assistance Médico-sociale . . . . .                           | N...              |
|                                                               | HAZARD            |
|                                                               | HOVELACQUE        |
| Professeurs sans chaire . . . . .                             | MULON             |
|                                                               | OLIVIER           |
|                                                               | SANNIÉ            |
|                                                               | VERNE             |

## II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE . . . Pathologie chirurgicale.  
 BARIÉTY . . . Pathologie médicale.  
 BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.  
 BERNARD (Etienne). Pathologie médi-  
 cale.  
 BESANÇON (Justin). Hydrologie.  
 BOULIN . . . Pathologie médicale.  
 BULLIARD . . . Histologie.  
 CATHALA . . . Pathologie médicale.  
 CHEVALLIER . Pathologie médicale.  
 COSTE . . . Pathologie médicale.  
 DOGNON . . . Physique.  
 FEY . . . Urologie.  
 FUNCK . . . Pathologie chirurgicale.  
 GALLIARD . . . Parasitologie.  
 GASTINEL . . . Bactériologie.  
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie  
 chirurgicale.  
 GAYET . . . Physiologie.  
 DE GENNES . . Pathologie médicale.  
 GIROUD . . . Histologie.  
 HAGUENEAU . Pathologie médicale.  
 HALPHEN . . . Oto rhino laryngologie.  
 HUGUENIN . . Anatomie pathologique.  
 JOANNON . . . Hygiène.  
 LACOMME . . . Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL . Obstétrique.  
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.  
 LAVIER . . . Parasitologie.  
 LELONG . . . Pathologie médicale.  
 LEMAIRE . . . Pathologie expérimen-  
 tale.  
 LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale.  
 M<sup>lle</sup> J. LÉVY . Pharmacologie.  
 LÉVY-VALENSI Neurologie et Psychiá-  
 trie.  
 MÈNÉGAUX .. Pathologie chirurgicale.  
 MOLLARET. . . Pathologie médicale.  
 MOREAU . . . Pathologie médicale.  
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.  
 MOUQUIN . . . Pathologie médicale.  
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirur-  
 gicale.  
 PIÉDELIÈVRE. Médecine légale.  
 PORTES . . . Obstétrique.  
 RENARD. . . Ophtalmologie.  
 RICHET . . . Physiologie.  
 SÈNÈQUE . . . Pathologie chirurgicale.  
 TURPIN . . . Pathologie médicale.  
 VIGNES . . . Obstétrique.  
 WILMOTH . . . Pathologie chirurgicale.

## III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM:

ALGLAVE . . . Pathologie chirurgicale.  
 BUSQUET . . . Pharmacologie.  
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.  
 GUENIOT . . . Obstétrique.  
 HEITZ-BOYER. Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS . Pathologie chirurgicale.  
 LE LORIER. . . Obstétrique.  
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.  
 SCHWARTZ . . Pathologie chirurgicale.  
 VAUDESCAL . . Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS  
DE CLINIQUE ANNEXE  
à titre permanent

| MM.                                |                      | MM.             |                          |
|------------------------------------|----------------------|-----------------|--------------------------|
| ALAJOUANINE                        | } Clinique médicale. | BASSET . . .    | } Clinique chirurgicale. |
| AUBERTIN. . .                      |                      | BROCO. . .      |                          |
| BRULÉ . . .                        |                      | CADENAT. . .    |                          |
| CHABROL . . .                      |                      | GATELLIER . . . |                          |
| DONZELOT . . .                     |                      | MOURE . . .     |                          |
| DUVOIR . . .                       |                      | QUENU . . .     |                          |
| LIAN. . . . .                      |                      | VELTER . . .    |                          |
| PASTEUR-VALLÉY-<br>RADOT . . . . . |                      |                 |                          |
| SÉZARY . . .                       |                      |                 |                          |

| MM.               |                          |
|-------------------|--------------------------|
| ECALLE . . . . .  | } Clinique obstétricale. |
| METZGER . . . . . |                          |

V. — CHARGÉS DE COURS

| MM.                             |                      |
|---------------------------------|----------------------|
| CHAILLEY-BERT, agrégé . . . . . | Education physique.  |
| LEDoux-LEBARD . . . . .         | Radiologie clinique. |
| RUPPE . . . . .                 | Stomatologie.        |
| WEIL-HALLÉ . . . . .            | Puériculture.        |

*Vu, le Doyen :*

TIFFENEAU.

*Vu, le Recteur :*

ROUSSY.





